



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA
2004-2006**

Tesis para optar al título de Maestra en Epidemiología

**EMERGENCIA OBSTETRICA PROVOCADA POR VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON
ROQUE EN EL IV TRIMESTRE DEL AÑO 2005**

Autora:

Damaris Narcisa Peña

Tutor:

M.Sc. Betty Soto Vásquez

Managua, Nicaragua
Julio 2006

INDICE

Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimientos	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>

CAPÍTULO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO DE REFERENCIA	12
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	31
VIII. RESULTADOS	36
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
X. CONCLUSIONES	46
XI. RECOMENDACIONES	47
XII. REFERENCIA	49
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dios; quién me dio la vida, sabiduría y mostró el camino la capacidad de servir a los demás. Así como el privilegio de culminar con éxito ésta meta tan esperada.

Mi sobrina Cinthya Carolina Peña; quién fue víctima de violencia intrafamiliar, desde que estaba en el vientre de su madre.

Mis hermanas; Xiomara y Karla Peña, quienes por su apoyo incondicional, me demostraron solidaridad en la culminación del estudio que estoy finalizando.

A mi novio; Bernardo Blanco quién siempre me impuso y con sus consejos, me dio la fortaleza necesaria para salir adelante y poder cumplir con mi objetivo previsto.

Mis colegas Gerentes de Enfermería, del Hospital Bertha Calderón y en especial a Secretaria Janeth Chávez Bermúdez de quién recibí apoyo cuando más lo necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

- Agradezco a Dios por iluminar mi vida y guiarme en mi estudio y poder culminarlo con este trabajo de investigación.
- A mi familia que me impulsó a terminar esta maestría y ser mejor cada día, especialmente a mi hermana Xiomara Peña.
- Agradezco a mis maestros del CIES que siempre me brindaron los conocimientos del saber para ejercer en mi vida profesional y crecer como ellos especialmente a mi tutora Dra. Betty Soto, Msc Alice Pineda, Dra. Martha González y Lic. Manuel Martínez por el gran apoyo que me brindaron.
- Al Director del Hospital Bertha Calderón Dr.: Marcelino Pérez Rocha que siempre confió en mi superación y al sub director docente del hospital Dr. Bayardo Cordero por su asesoría metodológica en obstetricia.
- A todos el personal del hospital a las Supervisoras y jefas de unidades.(Ruth Rivera, Martha Sánchez, Gladys Jiménez, Concepción Vindell, Maritza Paiz, Norma González, Daysi Gaitan).
- A mis amigas incondicionales quienes colaboraron a estudiar Xiomara Gavarrete, Juliana Cruz, Ileana Bustamante, Jeaneth Chávez
- A las secretaria Sonia Vargas, Leticia Sandoval y Eva María Hernández
- A todas las mujeres que visitan el hospital en busca de atención médica, en especial aquellas que llegan embarazadas y con violencia intrafamiliar, a los hijos y a los familiares que han sobrevivido a ella y que hoy aceptaron dar sus testimonios, recordando esa pesadilla, y permitirme entrar en sus “problemas privado”.

RESUMEN

La violencia intrafamiliar representa, en la actualidad un problema de salud pública, teniendo repercusiones en la salud de las personas afectadas.

Este estudio fue realizado en el hospital Bertha Calderón, en el IV, trimestre del 2005, de tipo descriptivo, transversal, tomando como muestra todo el universo, de 65 mujeres que acudieron a emergencia con violencia.

Los objetivos fueron conocer la prevalencia de las emergencias obstétricas, asociadas a violencia Intrafamiliar, las características sociodemográfica obstétricas, los tipos de violencia más frecuentes que presentaron dichas pacientes y las consecuencias obstétricas.

Para la recolección de la información se utilizó el expediente clínico, fichas de vigilancia de lesiones, hojas de admisión y entrevistas a las personas que estuvieron hospitalizadas, con confidencialidad y respeto. Esta información fue recopilada en el Programa Epi- Info 3.3.2. Llegando a las siguientes conclusiones:

El porcentaje de las emergencias obstétricas asociadas a Violencia Intra Familiar fue del 42.7% de las consultas de emergencias con predominio en mujeres en edad reproductiva entre 20 a 30 años de edad, ama de casa de procedencia urbana del distrito VI y VII de Managua, de bajo nivel de escolaridad con mayor incidencia en el mes de octubre y diciembre y en los fines de semanas.

Predominó la violencia de tipo intencional, por personas conocidas en su casa, ocasionando contusiones de tejidos blandos en múltiples partes del cuerpo, especialmente en el abdomen de tipo leve a moderados, quedando hospitalizadas con consecuencias obstétricas como es: El aborto, amenaza de parto prematuro, trauma abdominal, lo que llevo a nacimientos prematuros y a muertes fetales. Se evidencia que el 51% fueron embarazos menor de 20 semanas de gestación y que las edades que predominaron en éstos casos oscilan de 20 a 30 años con un 71%.

La terminación de su embarazo fueron aborto y parto prematuro en 52% y una pequeña parte continua embarazada 26.1% y parto normal 22

I. INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar (VIF) por sus características, es un problema difícil de dimensionar y de salud Pública que afecta a importantes sectores de la población especialmente a mujeres, niños y ancianos. Una forma endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso a las mujeres por parte de su pareja, ésta incluye, violencia física, psicológica y sexual.

En Nicaragua los subregistros son inevitables, no sólo porque muchas personas objeto de estas formas de maltrato no acuden a alguna instancia donde se pueda conocer y registrar su situación, sino porque las instituciones tampoco han estado en condiciones de reconocer y valorar la VIF, razón por la que muchas denuncias que se realizan no son registradas. Con facilidad se ha considerado la violencia física como la única forma de VIF y se han ignorado, minimizado e incluso negado, las agresiones psicológicas, sexuales y patrimoniales.¹

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1993 definió la violencia contra la mujer como: “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad; ya sea que ocurra en la vida pública o privada”.²

Numerosos estudios internacionales han calculado que la violencia contra la mujer en edad reproductiva es una causa de muerte e incapacidad tan grave como el cáncer y es una causa de “mala salud” mayor que los accidentes de

¹ Dra. Katherine Heilpern, profesora asociada y vicepresidenta del departamento de Medicina de Emergencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Emory

² Shrader Elizabeth, OPS 1998, La ruta que sigue las mujeres afectada por la violencia intrafamiliar Pág., 3-5

tránsito y la malaria juntos; por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la catalogó como un problema de Salud Pública.

“En 1996 el Ministerio de Salud de Nicaragua emitió un decreto ministerial en el que reconoce la violencia intra familiar como un problema de salud pública e insta a mejorar la atención en los centros asistenciales a las mujeres que acuden por causas de violencia intra familiar ³

Según la Dra. Katherine Heilpern las lesiones traumáticas durante el embarazo son algo que realmente no ha recibido mucha atención en la prensa no especializada, y eso es un problema importante. Más allá de los cambios físicos que afectan a las mujeres embarazadas y las hacen más vulnerables a los accidentes, la fatiga que acompaña el embarazo y el estrés de cuidar a otros niños en la familia también pueden constituir una carga. Además, el riesgo de violencia doméstica aumenta durante el embarazo.

De acuerdo a Heilpern, la atención de una mujer embarazada con violencia es un evento altamente emocional para la paciente, su pareja y el personal de la sala de emergencias, ya que todos comprenden "que incluso una lesión menor puede ser devastadora para el feto". El equipo de salud que asiste a una embarazada con violencia, debe tratar simultánea y conjuntamente a dos pacientes de riesgo.

Dado que Nicaragua reúne la doble característica de tener una muy elevada incidencia de violencia doméstica, junto a una particular estructura socioeconómica que determina la existencia de una amplia población femenina potencialmente fértil en situación de riesgo.

El Ministerio de Salud de Nicaragua la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Center Diseases Control (CDC) de Atlanta, EEUA, y el Fondo Británico (DFID) consideraron necesario iniciar un sistema de vigilancia de lesiones a la emergencia del hospital Bertha Calderón Roque , a través del cual mediante el registro de todas las mujeres que reciben atención en la emergencia se recoge datos sobre las lesiones de causa externa, dichos

³ (Maestría Salud Sexual y Reproductiva) Facultad de Ciencias, Medicas, Post-grado/UNAN Managua año 2000.

datos hasta la vez no habían sido analizados por lo que se consideró pertinente realizar el presente estudio para conocer a las embarazada que acuden con violencia intrafamiliar en el Servicio de emergencia de este hospital Bertha Calderón Roque y las características de las mujeres los que sufren este problema.

II. ANTECEDENTES

En el mundo la violencia en el hogar es un evento que domina la vida diaria de las comunidades. La violencia intrafamiliar es el tipo de violencia menos conocida y se oculta en el espacio privado de lo doméstico aunque se presenta en mayor o menor grado en todas las clases sociales.

Un dato relevante lo brinda un estudio realizado por el Banco Mundial en 1999, en el cual se encontró que en promedio mundial, las mujeres pierden 9.5 años de vida saludable, por razones de violencia doméstica y violencia sexual, esta cifra es mayor a la pérdida que presentan todos los tipos de cáncer (9 años). Los accidentes automovilísticos (4.2 años) y las guerras (2.7 años).

La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo comenzó a estudiarse hace poco más de 10 años y las cifras muestran una variación entre el 4 y el 17% según el tipo y la edad de la población estudiada de 18-23 años. En Estados Unidos, en una cohorte de mujeres afro americanas, hispanas y blancas, McFarlane encontró una prevalencia del 20.6% en las más jóvenes.

Un estudio realizado por el Center Diseases Control (CDC) de Atlanta, EEUA, reveló que 1 de cada 6 mujeres embarazadas ha sido agredida durante su actual embarazo, siendo la agresión más frecuente y severa durante el embarazo y con mayor frecuencia dirigida al abdomen, lo que representa un riesgo significativo tanto para la madre como para el feto, además esta asociado con el aborto, tanto espontáneo como provocado.

En México, un estudio realizado sobre embarazo y violencia conyugal hasta el momento se llevó a cabo en el Hospital Civil de Cuernavaca y se encontró que un 33.5% de las mujeres usuarias del servicio de maternidad fueron maltratadas durante el embarazo, la mayoría por sus parejas; el 3% fue violada y el presente embarazo era producto de la violación.

En este estudio también se encontró que la mujeres maltratadas durante el embarazo tienen tres veces más de complicaciones durante el parto y pos – parto inmediato que la mujeres no maltratadas, así como cuatro veces más riesgo de tener bebés de bajo peso. (la diferencia de peso entre ambos grupos fue de 560 grs. con desventaja para las mujeres maltratadas).⁴

Los resultados de las investigaciones realizadas hasta ahora revelan que los golpes directos en el abdomen constituyen factores de riesgo, tanto para la mujer como para el bebé, ocasionando, entre otras, muerte o fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de la pelvis y hemorragias antes del parto. Investigaciones realizadas en otros países señalan que las mujeres golpeadas muestran mayor propensión a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de urgencias, tomar drogas bajo receta, padecer de alcoholismo y fármaco dependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas.

En 1997 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) un estudio con 378 mujeres en Managua, encontró que el 70% de las mujeres habían vivido violencia física alguna vez en su vida, mientras que el 33% habían experimentado violencia durante su embarazo y habían sido golpeada en su vientre con relaciones sexuales forzada.

En la Encuesta Nicaragüense de Demografía Salud, 1988 (ENDESA) por primera vez se incluyeron preguntas para conocer la prevalencia de violencia hacia la mujer, los resultados indicaron que el 29% de las mujeres en unión alguna vez han recibido algún abuso físico sexual en su vida.

4. Valdez R, Sanin LH. La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México; 38:352- 362.

5 Heise L. Beyond reproductive health-nutrition, violence and mental health. En: 18 Annual NCIH International Health Conference; 1991 June 23-26; Crystal City (VA).

En Nicaragua en los datos recabados en la ficha de mortalidad materna durante 2000-2002 en el Ministerio de salud se registraron 34 muertes por causas externas de estas el 39% fue por suicidio, 19% por accidentes de tránsito, 14% por homicidios y 28% otras causas externas (caídas, etc.) pero no se contaba con registros de morbilidad por causas externas en mujeres embarazadas en el Hospital Bertha Calderón que orienta acerca del papel de la violencia de causa externa como factor de morbilidad y mortalidad en general y el impacto en la salud fetal cuando éstos ocurren durante el embarazo. En los últimos años se ha visto un incremento en las causas de mortalidad materna debido a causas externas tales como violencia, suicidio, accidentes de tránsito que están registrados en las fichas de mortalidad materna pero se desconoce cual es la prevalencia de lesiones en este grupo poblaciones tan importante y como esta influyendo en su salud.

En el año 2001, durante la primera Conferencia Internacional sobre Prevención y Control de Lesiones en Estocolmo -Suecia, quedó constituido un comité de especialistas para ampliar el registro de las causas externas de las lesiones en la clasificación internacional de enfermedades CIE/ICD. Un equipo de expertos elaboró la guía sobre sistemas de vigilancia de lesiones basándose en la propuesta de Clasificación de Lesiones de Causa Externa (ICECI- siglas en inglés-), para ser adoptada por los países de escasos recursos.

En Nicaragua para poner en marcha esta iniciativa, la OPS, el Ministerio de Salud y el CDC de Atlanta, organizaron un taller nacional con la participación autoridades de salud, universidades, redes de mujeres, policía nacional, comisión nacional de prevención de la violencia de la niñez y la adolescencia, instituciones gubernamentales y no gubernamentales iniciando el registro primero en dos hospitales: Lennin Fonseca y Santiago de Jinotepe en segundo semestre 2002, después se amplió a en tres hospitales más, HEODRA de León, Victoria Mota de Jinotega y Vélez Paiz de Managua. Con los datos recabados se ha logrado visualizar el problema de las lesiones y caracterizar la población afectada.

En el estudio perfil de violencia en pacientes adolescentes de las salas de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Julio a Diciembre 2002.⁶

se encontró un 56% de adolescentes con historia de violencia doméstica el 42% habían sufrido violencia durante el embarazo y el 51% refería sufrir violencia actual, y el 65% refirió violencia Psicológica.

En el 2003, un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón sobre aborto clandestino, principales causas sociales se encontró que una de las razones para realizarse el procedimiento fue por violencia intrafamiliar con un 34.7%⁷

Un estudio de “causa, efecto y evidencia de violencia intrafamiliar en adolescentes embarazada que asisten al servicio de emergencia del HBCR Julio- Diciembre 2004. Se encontró que el 73% vivía en extrema pobreza y evidenciaron lesiones físicas (edema, equimosis, cicatriz temporal y permanentes), Psicológico (temor, tristeza, pesadilla y estrés post trauma).

Desde el año 2004 se contempló la posibilidad de incluir el Hospital Bertha Calderón Roque en estos sistemas realizándose las coordinaciones pertinentes con el Ministerio de Salud y adaptando la ficha del Sistema de Vigilancia de Lesiones al perfil de este hospital, iniciando la recolección de datos el día 1ro de Agosto del 2005⁸

En Nicaragua a la fecha, pobre ha sido el abordaje y exploración de la

⁶ Aviles Juan Carlos, Perfil de violencia en pacientes adolescente de las salas de Maternidad del HBCR II Semestre 2003.

⁷ Paiz, Rocha, Gonzalez Causa, efecto evidencia intrafamiliar en adolescente en el servicio de Maternidad H BCR II Semestre 2004.

⁸ ⁷ Darce, Rosa María et al. Violencia Conyugal en mujeres ingresada en el servicio de complicación I septiembre- octubre 2004, HBCR

Violencia intrafamiliar en embarazadas atendidas en el servicio de emergencia del HBCR y sus consecuencias tanto maternas como fetales por lo que el presente estudio llena este vacío y abre paso para que Se analicen conceptos, definiciones y prevalencia de la Violencia hacia la Mujer, así como, consecuencias en la salud física, psicológica y sexual de las mujeres embarazadas, haciendo referencia a los costos sociales y económicos y llamando a la comunidad médica a la visibilización de este problema y dar seguimiento de los casos para poder disminuir la mortalidad materna fetal.

III. JUSTIFICACION

El programa de acción Mundial de Beijín y el informe mundial de violencia OMS/ 2003 recomiendan la promoción de “Investigación y Recolección de datos sobre las causas, la naturaleza y las consecuencias de la violencia”.

En la actualidad se considera la emergencia obstétrica una de la causa de morbi- mortalidad durante el embarazo, siendo determinante una correcta atención a la embarazada si va traumatizada por violencia intrafamiliar

Es importante identificar los determinantes más cercanos para dirigir intervenciones para la prevención, y mejorar los índices de morbi mortalidad tanto materna como fetal.

El conocer la magnitud del problema y relacionarlo con los motivos de Hospitalización durante el embarazo, permitirá adecuar los servicios a las necesidades de las mujeres y promover un enfoque integral de la atención qué se brinda a las usuarias y dar solución a sus problemas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de emergencia obstétrica provocada por violencia intrafamiliar en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque en el IV trimestre 2005?

¿Cuáles son las características socio demográfico de las embarazadas con violencia intrafamiliar que acuden por emergencia obstétrica al servicio de emergencia del hospital Bertha Calderón?

¿Cuál es el tipo de violencia más frecuente que presentan las embarazadas que demandan atención en la emergencia del hospital Bertha Calderón R?

¿Qué consecuencias obstétricas se asocian a la ocurrencia de violencia intrafamiliar de las embarazadas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Bertha Calderón?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de las pacientes con emergencia obstétrica provocada por violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua, en el IV trimestre 2005.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

1. Describir las características socio-demográficas de las embarazadas que acuden con emergencia obstétrica asociada a violencia intrafamiliar al servicio de emergencia del Hospital Bertha Calderón en el IV trimestre 2005.
2. Identificar los tipos de violencia más frecuente que presenta las embarazadas que demandan atención en la emergencia del hospital Bertha Calderón
3. Identificar las consecuencia obstétrico provocada por Violencia intrafamiliar, en embarazada que acuden a la emergencia del hospital Bertha Calderón.

VI. MARCO TEORICO

La violencia antes del embarazo y durante el embarazo puede tener serias consecuencias para la salud de las mujeres e hijos. Las mujeres embarazadas que han experimentado episodio de violencia muestran mayor tendencia a postergar la búsqueda de atención prenatal y aumentar insuficientemente de peso, también es mas probable que tengan una historia de infección de transmisión sexual, embarazo no deseado o inoportunos, infecciones vaginales y cervicales, infecciones renales y perdidas de sangre durante el embarazo.

La violencia también puede tener serio efecto en el desenlace del embarazo, se ha vinculado a un riesgo acrecentado de abortos espontaneo y provocados, trabajo de parto prematuro, sufrimiento fetal. Varios estudios también se han ocupado de la relación entre la violencia durante el embarazo y el bajo peso al nacer a la mortalidad infantil y a la insuficiencia ponderal del recién nacido.⁷

No esta claro como la violencia pone a los embarazos en riesgo superior al promedio, pero se ha ofrecido varias explicaciones. El trauma abdominal contuso puede conducir a la muerte del feto o a insuficiencia ponderal del recién nacido al provocar un parto prematuro. También puede afectar indirectamente, al aumentar la probabilidad perjudicial para la salud, como fumar y hacer abuso de drogas, reduciendo así el peso al nacer.

El estre y ansiedad extremos provocado por la violencia en el embarazo también puede llevar a parto prematuro o retraso del crecimiento fetal al aumentar los niveles hormonales o las alteraciones inmunológicas por estre.

El estre resultante del abuso parece ser la explicación más probable del vínculo entre la violencia y la insuficiencia ponderal del recién nacido

⁷ Ellsbert Mary, Confite en el infierno. 3ra edición, León .Pág. 17,18.

encontrado en estudio en Nicaragua y México, donde el hábito de fumar y la ingestión de alcohol en el embarazo son rara, pero la violencia es común.⁸

Entendemos que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o amenaza. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

6.1 Dinámica de la Violencia Intrafamiliar.

Fase: 1. Acumulación de tensión. A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el estrés.

Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas. El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia. La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.

Fase 2. Episodio agudo de Violencia.

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumulada, El abusador hace una elección acerca de su violencia, decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel. Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño. En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad del episodio.⁸ Está demostrado la probabilidad de que la mujer sea lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona. Los hombres pueden patear, morder, abofetear, dar un puñetazo o tratar de estrangular a sus esposas o compañeras; les pueden infligir quemaduras o tirar ácido en la cara, pegar o violar, con partes

⁸ Populaton Reports Para acabar con la violencia contra la mujer ,Diciembre 1999 serie L, No 16.USA

⁸ Cole P. Proceso grupal, sistematización de la experiencia de ayuda mutua, lima OPS 1999.

corporales u objetos agudos; y usar armas letales para apuñalarlas o dispararles.⁹

Violencia Psicológica o mental.

La violencia psicológica incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional.¹⁰

6.2 Consecuencia de la Violencia:

a) Consecuencias para la salud

La violencia contra la mujer, aumenta su riesgo de mala salud. La verdadera medida de las consecuencias es difícil de evaluar, sin embargo, porque los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas violentas de las lesiones o la mala salud. La violencia trae dos tipos de consecuencias: Físicas y Psicológicas

b) Consecuencias físicas

Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis (golpes, moretones) a discapacidad problemas de salud mental.

c) Embarazo no deseado y a temprana edad

La violencia contra la mujer puede producir un embarazo no deseado, ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, algunas mujeres pueden tener miedo de plantear el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas por temor de ser golpeadas o abandonada¹¹

⁹ Ellsberg, M; Peña, R; Herrera, Confite en el infierno; Prevalencia y característica de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. 2da edición Red de mujeres contra la violencia UNAN León 1998.

10. Rossenberg A, Stark E, Zahn M. Interpersonal violence: Homicide and spouse abuse. En: Last JM, ed. Public health and preventive medicine. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1986.

¹¹ Populaton Reports Para acabar con la violencia contra la mujer ,Diciembre 1999 serie L, No 11.USA

Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en que el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales.¹²

Consecuencia psicológica.

a) Suicidio En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas.

b) Problemas de salud mental

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Puede tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor.

Impacto en la sociedad.

La violencia Intrafamiliar se expresa de diferentes formas y de acuerdo a ello se ha clasificado:

1- De acuerdo a las personas que la viven

Violencia conyugal: Es una de las formas más comunes de violencia Intrafamiliar. Es todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter, y que resulte en daño a la integridad física, emocional contra las mujeres.

Violencia sexual e incesto: Es toda agresión de índole sexual directa o indirecto.

La violencia puede ser:

¹² Ministerio de Salud, Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar agosto 2001, pág. 4-7-8, pág. 27, pág. 62

Física: Es la agresión en contra del cuerpo físico traducida en golpes, puñetazos, pellizcos, arañazos, mordedura, empujones, patadas, jalones de pelo, palizas, quemaduras, lesiones por armas de fuego y otras.

Emocional o psicológica: qué disminuyan la integridad de su autonomía y qué signifique su desvalorización física moral, e intelectual, expresada en celos, aislamiento, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal, o dañar a seres queridos, quitar a su hijo y otra forma de tortura psíquica.

Sexual: Es la agresión que una persona ejerce con otra a través de acciones, otra mediante acto sexual, significa obligar a la persona a participar en actividades sexuales que lastimen su integridad física, sexual, y emocional, utilizando la manipulación, afectiva, intimidación, el soborno, o la fuerza física.

Económica o patrimonial: Es una forma de violencia psicológica ligada a los aspectos financieros, Es la agresión que ejerce una persona contra otra a través del control económico o financiero.¹³

Por negligencia o descuido: Todo acto de omisión a través del cual no se satisfacen las necesidades básicas como alimentación, protección, cuidados higiénicos, vestimenta, educación y atención medica.

(Red- UNAN León 1998).

Violencia contra la Mujer:

- Violación
- Acoso Sexual
- Abuso Sexual a niñas
- Violencia Doméstica
(Sexual, Física y Emoción)

Resultados no fatales:

Problema de salud

- Lesiones físicas (moretones, fracturas etc.)
- Problemas Ginecológicos
- Enfermedad pélvica inflamatoria

¹³ Abbott, J, Johnson, R , koziol Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. Journal of the American Medical Association 273(22) : 1763-1767. 1995

- Embarazo no deseado
- Abortos
- Migrañas
- Bajo peso al nacer
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Discapacidad parcial o permanente.
- ITS/ VIH SIDA

Problemas de Salud Mental:

- Depresión
- Ansiedad
- Disfunciones sexual

Resultados fatales:

- Suicidio
- Homicidio
- Mortalidad Materna

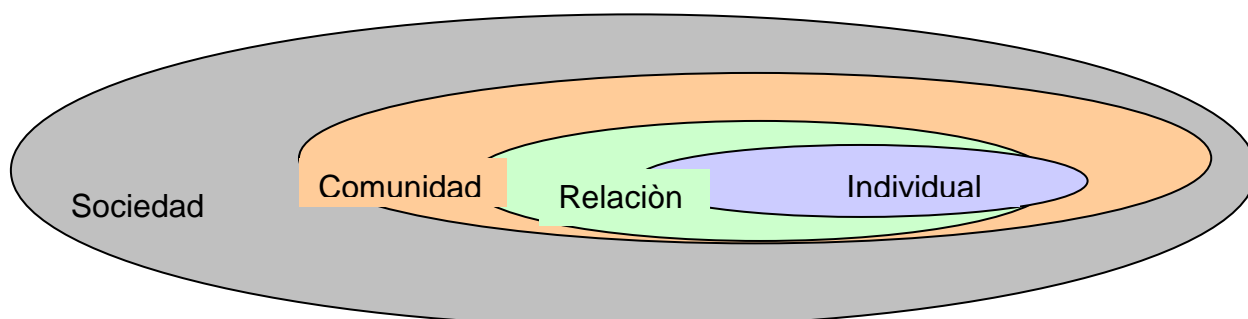
Tipos de maltratos

Maltrato físico.

Lesiones físicas graves: fracturas de huesos, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hematoma etc.

Lesiones físicas menores o sin lesiones: No requieren atención médica y no ponen en peligro la salud física de la paciente

Modelo Ecológico para comprensión de la violencia⁹



6.3 Modelo ecológico de la violencia

Se definen cuatro dimensiones psicológicas que consideran las particularidades individuales de cada ser humano, ambos componentes van a mantener una reciprocidad que se verá expresada en la atención integral de las personas y su relación con el medio que le rodea.

Macrosistema: Está referida a la forma de organización social que históricamente se ha venido estableciendo y que integra las creencias y valores que hemos aprendido sobre ser hombre, mujer, niño, niña y las concesiones sobre el poder y la obediencia.

Esosistema: En éste se encuentran los elementos de la comunidad, más próximos a las personas, son las instituciones que tienen un papel mediador entre la cultura y la persona. Aquí encontramos la escuela, la iglesia, los medios de comunicación,

Microsistema: Considera las relaciones cara a cara, es decir son las relaciones más próximas a las personas, en ésta la familia juega un papel

⁹ Krug E., Dahlberg L., Mercy J. et al. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. WHO. 2002

muy importante porque es la que va a emitir mensajes de forma más directa a la persona. La familia será la estructura básica del microsistema

En el medio: Construcciones sociales basadas en la desigualdad, identificables a través del El modelo ecológico procura identificar los múltiples niveles que influyen en el comportamiento. La violencia se considera el producto de la interacción entre todos estos niveles.

6.4 Emergencia Obstétrica

Urgente necesidad de tratar todo asunto relacionado al embarazo, parto y puerperio.

Factores Obstétricos

Hemorragia durante el primer trimestre.

Ocurre en 40% de todas las mujeres embarazadas, de las cuales la mitad progresan a aborto espontáneo. En otro 2%, la hemorragia es signo de embarazo ectópico.

La hemorragia vaginal a finales del segundo trimestre del embarazo y a principio del tercero suele deberse a placenta previa o desprendimiento prematuro. Otros posibles diagnósticos son parto de pretérmino, dilatación cervical de pretermino, cérvix incompetente y lesiones Cérvico vaginales.

El desprendimiento prematuro de placenta típicamente ocurre como hemorragia vaginal con dolor. La cantidad de sangre visible puede ser grande o pequeña, y el dolor varía de leve a intenso. El grado de dolor o la hemorragia visible no se correlacionan con el riesgo para el feto.

Las mujeres con antecedente de tabaquismo, hipertensión, uso de cocaína o traumatismo tienen riesgo de desprendimiento de placenta mas alto que lo normal obligando a un parto inmediato.⁷

Aborto Espontáneo

El aborto espontáneo ocurre en 15 a 20% de todos los embarazo clínicamente reconocidos. Amenaza de aborto alude a cualquier hemorragia uterina en mujeres con menos de 20 semanas de gestación sin dilatación o borramiento cervical. Aborto inevitable se refiere a la hemorragia uterina con

dilatación cervical pero sin expulsión del tejido en una gestación menor de 20 semanas. El aborto incompleto implica la expulsión de parte del tejido fetal y placentario. El tiempo más común del aborto espontáneo es la gestación de ocho a 12 semanas.

Preeclampsia y síndrome de hellp

De los embarazos, 7% se complican con Preeclampsia, que ocurre con más frecuencia en primigestas grávidas. Sin embargo, la manifestación clínica es variable, y el caso clásico se caracteriza por hipertensión, proteinuria y edema. Manifestándose con dolor en epigastrio, oliguria, trastornos cerebrales o visuales y edema pulmonar. El síndrome hellp (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, cuenta plaquetaria baja, es una entidad relacionada o una variante de la Preeclampsia que suele manifestarse con dolor epigastrio o en el cuadrante superior derecho, náusea o vómito.

Parto antes del término

El parto antes del término se define como el trabajo que ocurre antes del final del trigésimo sexta semana de la gestación, con cambios cervicales en respuesta a las contracciones uterinas regulares, o bien más de cinco a ocho contracciones por horas que no se resuelven, con el reposo en cama ni la hidratación. Siendo las causas infección, anomalías uterinas, cuello uterino insuficiente sobre distensión consecutiva gestaciones múltiples o Polihidramnio y separación placentaria prematura.⁸

En algunos casos no se identifican la causa del parto antes del término, pero el nacimiento previo antes del término constituye un factor de riesgo identificable. Son posibles las manifestaciones clínicas como es la lumbalgia o sensación de presión intermitente, dolor en la parte baja del abdomen, calambre y cambio en la secreción vaginal.

Rotura prematura de membranas antes del término

⁷ David M. Cline, O. John Ma, Judith E. Tintinalli Manual de Medicina de Urgencias cuarta edición 2000

⁸ David M. Cline, O. John Ma, Judith E. Tintinalli Manual de Medicina de Urgencias quinta edición 2002

Se define como la rotura antes de comenzar el trabajo de parto, sea cual sea la edad gestacional. Puede deberse a cuello uterino insuficiente y desprendimiento prematuro de la placenta. 90% de las pacientes de término y 50% de las de pretermino estarán en trabajo de parto al cabo de 24 horas, en tanto que 85% de estas últimas estarán en trabajo de parto dentro de la primera semana.

Cambio fisiológico de las embarazadas

Las gestantes al igual que la población en general pueden lesionarse ya sea de forma intencional o no intencional y tener las mismas lesiones en su cuerpo que la población en general pero anatómicamente un punto vulnerable de su cuerpo es el abdomen que por los cambios fisiológicos del embarazo lo hacen aún más vulnerable por lo que se detallarán dichos cambios y se centrará en lesiones abdominales no obviando que pueden producirse otras lesiones.

El grado de repercusión de los traumatismos que sufra la embarazada será variable y estará condicionado por múltiples determinantes, fundamentalmente el tipo de traumatismo, así como la severidad del mismo, y la edad gestacional con las variaciones fisiológicas feto- materno

Traumatismos Cerrados.

a)- Lesiones directas:

Producidas por golpes directos sobre la pared abdominal, como ocurre con el salpicadero, volante, "air- bag", o cualquier otro objeto romo.

b)- Lesiones Indirectas:

Secundarias a fenómenos de desaceleración, contragolpe, compresión rápida u oposición de fuerzas

2)- Traumatismos Penetrantes.

Fundamentalmente por arma de fuego y blanca, también se ven en diversos tipos de accidentes por enclavamiento de cuerpo extraño en abdomen. Las vísceras abdominales se encuentran relativamente protegidas por el útero grávido avanzado (diversos estudios determinan solo un 19% de incidencia de lesiones de otros órganos), dada la capacidad de absorción de energía de

éste último gracias a la densidad y consistencia de sus paredes musculares así como la presencia del líquido amniótico. El útero, es el órgano mas afectado para este tipo de lesiones. No suelen ser vitales para la madre, pero implican importantes lesiones y mortalidad en el feto.

V. Lesiones específicas.

1)- De la gestante.

Nos centraremos exclusivamente en las lesiones traumáticas que puede presentar la mujer embarazada, y que son exclusivas de su estado de gravidez.

a)- Traumatismo Uterino:

Es la lesión más frecuente a partir del tercer mes de gestación (sobre todo en el tercer trimestre). Debido a los cambios morfológicos y hemodinámicas de este órgano, los traumas inferidos sobre él pueden dar lugar a grandes hemorragias que comprometan la vida materna (10% de mortalidad materna). Las consecuencias sobre el feto son aún más nefastas rondando una mortalidad del 100%. Su expresión más severa es la rotura uterina (bien sea: intraperitoneal, extraperitoneal y de la porción intravaginal).

- Clínicamente, la rotura uterina puede manifestarse por:
- Posible irritación peritoneal.
- Palpación de partes fetales en la exploración abdominal.
- Signos de Shock hipovolémico (hemorrágico)⁹

b)- “Abruptio Placentae” o Desprendimiento de Placenta:

El traumatismo que con mayor frecuencia afecta a la embarazada es el “traumatismo cerrado de abdomen”, que puede originar la ruptura de las vellosidades coriales placentarias originando inicialmente una hemorragia retroplacentaria y posteriormente el desprendimiento de la placenta, lo que supone un cuadro de gran severidad tanto para el feto como para la madre.

La gravedad del mismo estará en relación con el tanto por ciento de superficie placentaria estimándose que un desprendimiento de más del 40%

⁹ Silvia Magally CIMAC. El embarazo no salva a las mujeres de la violencia física México DF, 22 de mayo, 2001. www.cimag.org.mx ultima entrada septiembre 2005.

supone un alto riesgo de muerte fetal. El riesgo materno dependerá a la hemorragia causada, que se ve incrementada si aparece atonía uterina

- Pérdidas vaginales constatadas de líquido amniótico.
- Aumento de la actividad uterina.
- Metrorragia.
- Síntomas de Hipovolemia materna.
- Dolor abdominal y uterino.
- Sufrimiento fetal.
- Mayor tamaño uterino en relación a edad gestacional.

No podemos olvidar que el desprendimiento de placenta produce liberación de sustancias trombo plásticas activadoras de la coagulación pudiendo desencadenar la cascada que debute en el fatídico cuadro de Coagulación Intravascular Diseminada (CID)

d)- Hemorragia “Feto-Materna”:

En mujeres embarazadas traumatizadas es muy frecuente el paso de sangre de la circulación fetal a la materna, y además con un volumen importante. El riesgo aumenta si la placenta presenta una inserción anterior. Este fenómeno trae como consecuencia la sensibilización Rh en madres Rh (-) y feto Rh (+), anemia fetal, arritmias e incluso muerte fetal por exanguinación.¹⁰

e)- Contracciones Uterinas:

Se trata de la patología obstétrica más frecuente provocada por los traumatismos. La intensidad y frecuencia de las mismas está en relación a la edad gestacional y la gravedad de la lesión.

♦ Rotura de Membranas:

La rotura de la bolsa amniótica, su implicación clínica estará en relación a la madurez fetal, cantidad de líquido amniótico eliminado y el riesgo de infección del líquido. Es de gran utilidad para su diagnóstico la determinación del PH vaginal pues el del líquido amniótico es básico. La Ecografía nos ayuda a cuantificar el volumen perdido.

¹⁰ Shah KH, Simons RK, Holbrook T, Fortlage D, Winchell RJ, Hoy DE. Trauma in pregnancy: Maternal and fetal outcomes. J Trauma 1998; 45: 83-86.

2)- Del Producto.

a)- Lesiones directas sobre el feto:

Al estar bien protegido por los tejidos y estructuras maternas, los daños fetales por traumatismos cerrados son raros, se presentan con más frecuencia a partir del tercer trimestre de gestación, y en el caso de fractura de pelvis de la madre. Las lesiones más frecuentes son las hemorragias intracraneales y la fractura de cráneo.¹¹

b)- Sufrimiento fetal:

Secundario a las alteraciones hemodinámicas y de oxigenación maternas. Como hemos dicho la hipotensión materna conlleva la hipo perfusión placentaria y con ello sufrimiento fetal.

Anatomía

El útero gestante permanece intra pélvico hasta la semana 12 de gestación, cuando comienza a ocupar la cavidad peritoneal. Alrededor de las 36 semanas de embarazo alcanza su máximo desarrollo, llegando al reborde costal inferior.

A medida que el útero va aumentando de tamaño, la masa intestinal se ve desplazada hacia el abdomen superior, mientras que el contenido uterino se vuelve más vulnerable debido al adelgazamiento de la pared miometral y a la disminución relativa del líquido amniótico junto con la fijeza del polo cefálico fetal en la excavación pelviana, que deja móvil el resto del feto por encima del anillo pélvico.

Estas modificaciones anatómicas hacen que el útero y su contenido resulten más susceptibles al trauma, pudiendo producirse lesiones penetrantes, estallido, desprendimiento placentario y ruptura prematura de membranas.

6.5 Lesiones

¹¹ Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. Blunt trauma during pregnancy. N Engl J Med 1990;323:1609-1613

Una lesión ocurre cuando el cuerpo está expuesto a un inaceptable nivel (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias – mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas -. Ocasionando morbilidad, mortalidad y gasto de recursos (salud, emocionales, económicos,...)

Intencionalidad

De acuerdo al papel del ser humano en la ocurrencia del evento o incidente que ocasiona la lesión o lesiones estas las podemos dividir en intencionales y no intencionales.¹⁴

A) No intencionales

Toda persona que acude por primera vez a la unidad de salud con una lesión o lesiones ocasionadas de manera accidental donde no existía intención alguna de provocar daño. Estas incluyen: Lesiones o envenenamientos que no son provocados de manera deliberada.

. Ejemplos: accidentes de tránsito, caídas, fuego, envenenamientos, ahogamientos, accidentes laborales, desastres naturales.⁶

B) Intencionales

Toda persona que acude por primera vez a la unidad de salud con una lesión o lesiones ocasionadas de manera deliberada. Estas pueden ser auto infligido o interpersonal.

C) Lesiones intencionales auto-inflingidas

Toda persona que acude por primera vez a la unidad de salud con una lesión o lesiones causadas por el uso deliberado de fuerza física

Otra fuerza (químicos, venenos, fuego, estrangulamiento, armas blancas, armas de fuego etc.) contra uno mismo, con la intención de causar daño, lesión o muerte. Incluye: suicidio, intentos de suicidio, auto-mutilación.

Lesiones intencionales- violencia persona que acude por primera vez a la unidad de salud con una lesión o lesiones causadas por otra persona

¹⁴ Varas J: Derechos de las niñas: una defensa permanente. Rev Soc Chil Obstet Ginecol 2001; 1(1): 28-29.

⁶ MINSA. Pautas generales para la atención de la Violencia intrafamiliar. Dirección de Atención a la mujer, niñez y adolescencia Nicaragua Julio 1999.

al usar deliberadamente la fuerza física con el fin de causar daño lesión y muerte. Ejemplo: Personal (violencia doméstica, juvenil, callejera).

Lesiones graves

Las lesiones sufridas por las mujeres debido al maltrato físico y sexual pueden ser sumamente graves. Muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que pueden variar desde equimosis (golpes y moretones) a fracturas hasta discapacidades crónicas. Un alto porcentaje de las lesiones requiere tratamiento médico.

e) Lesiones durante el embarazo

Las investigaciones recientes han identificado a la violencia durante el embarazo como un riesgo a la salud tanto de la madre como del feto no nacido. Las investigaciones sobre este rubro han indicado mayores niveles de diversas condiciones.

6.6 Indicadores que hace sospechar que hay una persona esta siendo agredida aunque no lo admita

Es importante sospechar que la persona vive una situación de violencia cuando al ser atendida en una unidad de Salud:

- ◆ Va acompañada de alguien que contesta todas las preguntas.
- ◆ La persona acompañante insiste en estar presente con la persona afectada.
- ◆ Las explicaciones no son consistentes con las heridas.
- ◆ Minimiza lo ocurrido culpándose.
- ◆ Rechaza las preguntas referentes a las heridas.
- ◆ Acude muchas veces a las unidades de salud.
- ◆ Acude tarde a recibir atención de salud.
- ◆ Presenta cicatrices o señales de heridas anteriores.

Indicadores que se puede observar durante la consulta médica por violencia Física.¹⁵

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| ◆ Lo que la persona reporta. | * Embarazo no deseados |
| ◆ Quemaduras | * Intentos o ideas de suicidios |
| ◆ Laceraciones | * Pellizcos |
| ◆ Heridas | * Bofetadas |
| ◆ Fracturas | * Golpes |
| ◆ Problemas crónicos de salud | * Empujones |
| ◆ Múltiples hospitalización | * Mordidas |
| ◆ Enfermedades de transmisión sexual. | * Puñetazos |
| ◆ Tímpanos perforados | * Patadas |
| ◆ Muertes | * Lanzamientos de objetos |

Indicadores de violencia Emocional

- ◆ Dolencia crónicas (dolores de cabeza, molestia gastrointestinal, dolores de espalda)
- ◆ Trastorno del sueño
- ◆ Trastornos de alimentación
- ◆ Angustia, ansiedad, temores.
- ◆ Depresión
- ◆ Recuerdos dolorosos.
- ◆ Aislamiento (poco contactos sociales)
- ◆ Baja autoestima
- ◆ Irritabilidad
- ◆ Sentimiento de impotencia.

¹⁵ Aliaga P: Violencia contra la mujer. Conferencia dictada en el Curso Precongreso: Actualizaciones para Matronas. XXIX Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, Santiago, Chile 2001.

Indicadores de violencia sexual¹⁶

- ◆ Problema en el dormir
- ◆ Problema en la alimentación
- ◆ Retraimiento
- ◆ Agresividad
- ◆ Llanto excesivo o sin razón aparente
- ◆ Comportamiento o ideas autodestructivas.
- ◆ Temor o nerviosismo ante la persona que la atienden.
- ◆ Infecciones recurrentes en el área genital (vagina-ano)
- ◆ Enfermedades de transmisión sexual.
- ◆ Miedo/temores / fobias.
- ◆ Culpa / vergüenza
- ◆ Negación, minimización o justificación del abuso.

¹⁶ SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). Prevalencia de la violencia intrafamiliar, detección y análisis. Documento de trabajo. Versión preliminar. Gobierno de Chile, Santiago, 2001.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal basado en el sistema de vigilancia de lesiones instalado en el Hospital Bertha Calderón Roque desde el 1ro de Agosto del año 2005

Universo

La población de estudio estuvo constituida por 152 mujeres atendidas por emergencia obstétrica en el servicio de emergencia del Hospital Berta Calderón Roque en el cuarto trimestre del 2005.

Muestra

Se tomó como muestra el 100% de embarazada que asistieron al servicio de emergencia y cuyo diagnóstico fue emergencia obstétrica provocada por violencia.

Definición de Caso de mujer victimas de violencia

Toda Mujer embarazada que acude al servicio de Emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque con emergencia obstétrica provocado por cualquier tipo de violencia.

Control de sesgo de información:

A través de recolección de datos para evitar sesgo en la recolección de la información se capacito al personal medico del servicio de emergencia donde se recogen los datos de las fichas de Lesiones y se revisan a diarios.

Criterio de Inclusión:

Paciente con gravindex positivo, con amenorrea de un mes y con útero ocupado en el tacto vaginal y que acudieron con violencia física y sexual.

Criterio de Exclusión:

Paciente con problema de ginecología, Oncología con gravindex negativo, niñas menores de 10 años victimas de abuso sexual.

Paciente que asistieron con falsa alarma de embarazo.

Control de distractores al evaluar el papel de la Emergencia obstetricia asociada a violencia.

Evaluación de modificaciones de efecto al analizar si la emergencia obstetricia es consecuencia de la violencia de forma inicial en el Diagnostico conjunto es un modificador.

Consideraciones éticas

Es de gran relevancia para este tipo de investigaciones en el campo de la violencia riesgo particular que implica establecer principio ético que garanticen la seguridad del informante y de la persona que está realizando la entrevista.

- Confidencialidad de lo escrito del expediente clínico y en las fichas de lesiones.
- Respeto a su privacidad tomando en cuenta los recuerdos traumático y doloroso que a la paciente le podía ocasionar.
- Comentario informado para la autorización de la toma de fotografía.

Recolección de la información

La información se obtuvo de fuentes de información secundaria y a través de la utilización de la técnica de revisión documental, la cual se realizó utilizando los siguientes formatos:

- Hojas de Admisión de Emergencia
- Expedientes clínicos.
- Fichas de vigilancia de lesiones
- Entrevista a paciente hospitalizadas
- Cuaderno de registro medico legal de la emergencia

El instrumento de mayor aporte a la información obtenida fue la ficha de vigilancia de lesiones que lleva el departamento de Epidemiología del HBCR, las cuales fueron elaboradas por el Sistema de vigilancia de Lesiones implementada por el CDC de Atlanta de acuerdo a la clasificación del CIE –

10 y la ICECI en cinco Hospitales de Nicaragua , que fue adaptada en este hospital gineco obstétrico y de referencia Nacional, dicha ficha contienen datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos de la mujer, intencionalidad de las lesiones, mecanismos, lugar de ocurrencia, actividad que estaba realizando.

Para lesiones intencionales se aplica un módulo especial en la ficha que permite conocer la relación del agresor con la víctima, el contexto de la lesión, el sexo y número de agresores, En el modulo especial para auto infligidas se incluye los factores precipitantes y número de veces que lo ha intentado, además de incluir el consumo de alcohol, el sitio anatómico de la lesión, la naturaleza de la lesión, severidad y destino de la paciente.

Estas Fichas son llenadas diariamente en la emergencia como una historia clínica habitual por el personal médico residente del hospital, son llevadas a Epidemiología diariamente, donde se hace control de calidad y luego son capturadas por el paquete estadístico Epi Info 3

El análisis estadístico:

La información fue ingresada en base de datos elaborada en el Programa estadístico Epi info. 3.2 por medio del cual son presentados en tablas y gráficos, se utilizó un procesador de texto Microsoft y para la presentación en Power Point.

La prevalecía de violencia intrafamiliar en embarazadas que fueron atendidas en emergencia del Hospital Bertha Calderón se obtiene mediante la aplicación de la formula:

$$\text{Prevalecía} = \frac{\text{No. de casos existente en un periodo}}{\text{Población total (anual, mensual, semanal)}}$$

Variables del estudio

Características Sociodemográfica

- ❖ Edad
- ❖ Ubicación geográfica
- ❖ Ocupación
- ❖ Escolaridad
- ❖ Lugar de ocurrencia
- ❖ Día de ocurrencia
- ❖ Hora de ocurrencia
- ❖ Mes de ocurrencia

Tipos de Violencia

- ❖ Relación agresor con víctima
- ❖ Factores precipitantes
- ❖ Contexto de la agresión
- ❖ Uso de alcohol
- ❖ Sitio anatómico
- ❖ Naturaleza de la lesión
- ❖ Severidad
- ❖ Destino de la paciente.
- ❖ Terminación de su embarazo

Factores de riesgo Obstétrico

- ❖ Emergencias Obstétricas
- ❖ Motivo de consulta
- ❖ Semana de gestación
- ❖ Mecanismo del evento

Cruce de variables

Embarazadas con violencia / embarazadas sin violencia

Localidad / números de violencia

Edad / números de violencia

Días de ocurrencia / Mes de ocurrencia

Terminación del embarazo / intencionalidad

Consecuencia materna / Tipo de violencia según intencionalidad

Consecuencia fetal // Tipo de violencia según intencionalidad

Motivos de consulta / Semana de gestación

VIII . R E S U L T A D O

De las 152 mujeres estudiadas con Emergencia obstétrica el 0.42%(65) es la prevalencia de violencia intrafamiliar. El 57.3 (87) no refirieron ninguna clase de violencia, el 42.7% (65) expresaron verbalmente y con evidencia de haber sufrido violencia física y/o sexual a las cuales considero también se inter supone la violencia psicológica (Ver grafico No. 1)

De las 65 mujeres con Emergencia Obstétricas asociada a violencia el nivel de escolaridad fue:

El 59% (55) cursaron la primaria, el 25% (1) son analfabeta y el 17% (9) secundaria incompleta.

Las mujeres sin violencia el nivel de escolaridad fue alto en comparación de las con violencia.

El 83% (43) tienen aprobada su secundaria, 100%(3) correspondieron a paciente que estaban en su tercer y cuarto año de Universidad y un 75%(3) eran analfabeta. (tabla1)

Del total de las embarazada victimas de violencia 865) el 61.5% corresponde con igual porcentaje a las residente del distrito V y VI, siendo las de menor incidencia con un 8% (2) del distrito IV.

De las embarazadas obstétricas que no refirieron violencia el 925(22) residían en el distrito IV seguido del distrito I en el 83% (5).

Según ocupación de las embarazadas con emergencia obstétricas asociada a violencia (65) corresponden el 55% (51) a las ama de casa, seguida por los estudiantes con el 30% (6), las empleadas públicas con el 25% (4), el 18%(2) son comerciantes y el 17%(2) trabajando como domestica en otro hogar (tabla3).

Los grupos etéreos donde mas se presento la violencia oscila entre 20-30 años con un 63% (46) ocupando el segundo lugar con igual porcentaje es de

29% las menores de 14 años y el grupo de mujeres embarazadas de 15 - 19 años.

La violencia según el día de ocurrencia.

Es importante la ocurrencia de hecho por mes, solo se recopilieron casos de los últimos tres meses se observa similitudes entre los meses.

Las pacientes buscan atención ante de las 24 horas con un incremento los fines de semana, en primer lugar esta domingo con 20%(13) segundo lugar el lunes 16.9% (11) y en tercer lugar con igual porcentaje 13.8% (9) están los días martes, jueves y sábado.

En el mes de octubre el día de mayor ocurrencia de violencia fue con igual porcentaje los días lunes, miércoles y jueves con 18.2% (4) y noviembre el Domingo con 28.6% (6). El mes de diciembre fue el día viernes 22.8%. (Tabla 5)

La ocurrencia de la violencia según su mecanismo en las 65 víctimas de violencia.

El 61.6% (40) se dieron en la casa de habitación, el 36.9%(24) en la calle y el 1.5% (1) en la cárcel.

Entre los mecanismos que mas usaron agresores y que presentaron mayores evidencias están; los golpes con fuerza contundente y se dan en casa el 71.5% (25), el 28.5% (10) en la calle. En segundo lugar se encuentran las caída ocurridas en la casa con el 62.5% (10) y el 31.2% (5) en la calle.

El tercer lugar la ocupa los intoxicaciones correspondiendo el 100% (3) al haber ingerido plaguicidas, carbamazepina y citotex.

En cuarto lugar del mecanismo lo ocupa los accidentes el 100% (8) accidentes automovilísticos y peatones. (Tabla 6).

Entre los tipos de violencia sufridas por las 65 embarazadas víctimas de violencia se encuentran las intencionales con el 40% (26) por violencia intrafamiliar, el 23% (15) por riña y pelea callejeras ocasionadas por vecinos, amigos y pandilleros. El 3% (2) fue por violencia sexual.

En lo que refiere a las violencias no intencionales, están los accidentes automovilísticos con el 12.3% (8) seguidas de las caída con el 11% (7) (tabla 7).

Entre los motivos de consulta por lo que demandaron atención las 65 embarazadas víctimas de violencia se encuentran entre, las principales: amenaza de parto prematuro con el 31%(2), amenaza de aborto 27.7% (18) y los traumas abdominal con un 23.1% (15).

Según semana de gestación las mas afectadas son las de 0 a 19 semanas con 51% (33), seguido de las de 28-36 semanas de gestación con 24.6% (16) Ver (tabla 8).

Las consecuencias maternas que se presento con mayor frecuencia fue las amenazas de parto prematuro que corresponde el 66.7% (12) a las intencionales, el 33.3% (6) a las no intencional.

Otras de las consecuencias maternas que se dan en las intencionales con igual porcentaje fueron: cervico vaginitis, aborto inducido, parto inducido y las muerte maternas para un 100% (1) (ver tabla 9).

De las 65 mujeres que fueron violentadas presentaron consecuencias fetal siendo el 72.7% (8) aborto para las intencionales, la prematurez con el 50% (5) para las no intencionales y las muertes fetal el 37.5% (3) para las auto inflingidas. (Ver tabla 10)

Del total de 65 embarazadas que sufrieron violencia intrafamiliar, el 66% (43) por causas intencionales el 78.3% (18) terminaron su embarazo en parto, el 72.7% en aborto el 69.3%(9) en cesárea y el 47% (8) continua su embarazo.

De las 65 mujeres con violencia no intencionales el 53% (9) continua su embarazo normalmente, y el 30.7% (4) terminaron en cesáreas y el 21.7% (5) en parto.

De las 65 mujeres con violencia el 6% (4) que corresponden a las auto inflingidas el 27.3% terminaron en aborto y el 100% (1) en muerte materna que correspondió a una mujer que ingirió drogas y luego plaguicida ocasionado por la violencia intrafamiliar. (Ver tabla 11).

La violencia intrafamiliar en las embarazada según sitio anatómico mas afectados fueron: abdomen el 24.6% (16), las agresiones múltiples fue en abdomen, glúteos y piernas con un 18.4% (12) y glúteos con el 13.8% (9). (Tabla 12)

IX. ANALISIS

La Violencia Intrafamiliar, constituye una variable muy discutida, tanto en Nicaragua como a nivel mundial y durante el embarazo puede tener serias consecuencias para la salud de las madres e hijos.

El 42.7% de las mujeres embarazadas que acudieron con emergencia Obstétricas fueron víctimas de violencia intrafamiliar revelo mayor resultados de estudio del hospital civil de Cuernavaca que reporto el 33.5% y de 36% ENDESA 1988.

La prevalencia del IV trimestre del 2005 en emergencias obstétricas a violencia Intrafamiliares donde la mujer embarazada es la víctima del hospital Bertha Calderón correspondió a 0.42, encontrándose menor a informada en estudios realizados en el servicio de Maternidad de Santiago de Chile que es del 5.6 sin embargo, hay diferencia importante con la cifras encontrada por Alvarado- Zaldvar en la Ciudad de Durango 13. Esto pudiera indicar diferencia la percepción y el subregistro existente en la unidad de salud violencia debido a que la población considera que es un riesgo mayor al que hay que enfrentarse una vez que se denuncie la violencia.

Según nivel de escolaridad, pobreza y entre mujeres rurales y urbanas existente temor ser violentadas debido a las futuras repercusiones sobre el área rural.

Llama la atención encontrar niveles de violencia en mujer joven y adolescentes, ya que la jóvenes tienen menos tiempo de convivencia con su pareja que las mayores.

La explicación podía ser que la violencia inicia muy temprano en la relación. Los resultados del estudio que el 63% de las embarazadas fueron 20-30 años, las adolescentes al igual que la joven de 14 años lo que muestra que la

violencia inicia mucho antes que la mujer sea madre y datos mayor a revelado en el estudio Mefarlane EEUU en 1999. Donde hay una prevalencia entre el 4 y el 17% según el tiempo y la edad de la población estudiada de 18-23 años en violencia domestica.

El 40% de las mujeres reporto ser golpeada por su compañero y familiar cercano dentro de la casa mientras que el 23% dijo que había sido golpeadas fuera de la casa con mayor tendencia en las calle, otros estudios (confite en el infierno 1996) presentan datos similar de 22.5%.

Estudios realizados por Webster en 1996 dio seguimiento a 1,014 acerca de violencia durante su embarazo, encontró como resultado de esta mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal. Ocasionando la violencia física sobre la morbilidad y mortalidad perinatal y materna.

Son resultados del estudio igual que otras investigaciones encontró una fuerte asociación entre la violencia y la consecuencia generada a la embarazada como es el aborto, parto prematuro, amenaza de aborto y de parto prematuro. Resultados similares fueron encontrados en estudios de CDC de Atlanta en donde una de cada seis mujeres fueron agredida durante su embarazo con trauma directo en abdomen.

Es posible que los daños Obstétricos se presenten según la intensidad de la violencia Klevens Santa fe Bogota, 2001 encontró que el 13% de las victimas de violencia intrafamiliar son agredidos gravemente, en el estudio se indago sobre la severidad de la violencia y se encontró que las lesiones eran severas y moderadas, dirigida en abdomen y terminando en parto, cesárea y aborto.

A pesar que en el estudio no registra ningún tipo de violencia se considera que toda violencia física y sexual contra la mujer ocurre violencias psicológica, por lo que podría considerar que el total de mujeres que fueron víctima de violencia intrafamiliar durante su embarazo también fueron afectadas psicológicamente. Utilizando los mecanismos de golpe con fuerza contundente (golpe, patadas, bofetadas y empujones) caídas con golpe directo en el abdomen y glúteo.

Los mecanismos más frecuentes durante la agresión fueron las intencionales uno de cada cuatro casos presentados fueron agredidas por personas conocidas y salieron más afectadas las embarazadas, teniendo como consecuencias embarazos inmaduros y prematuros. El contexto más frecuente fue la violencia Intrafamiliar con un 60% coincide con los estudios realizados en México Cuernavaca y Nicaragua. Estudio de confites en el infierno León 1996, en donde se encontró que durante el embarazo aumenta la violencia de parejas y que son personas conocidas quienes más agraden a las mujeres siendo el principal agresor el hombre.

Las principales manifestaciones clínicas de las mujeres que asistieron a la emergencia después de ser violentada intencionalmente fue contusión de tejidos blandos, cortes y heridas abiertas. La mayoría de las mujeres se encontraban discutiendo con su cónyuge al ser lesionadas o bien haciendo los quehaceres

Las mujeres en estudio del BM pierden 9.5 años de vida saludable por violencia doméstica y violencia sexual y se pierde más que lo que presenta por pérdida de cáncer, accidente automovilista y la guerra.

Esta situación debe preocuparnos debido a que la violencia doméstica es un modelo de conducta que se aprenden a la severidad, intencionalidad se encontró que las lesiones más severas se presentan en las lesiones auto-inflingidas ya que los métodos que utilizan dañan tanto a la madre como al feto, hospitalizándose a las afectadas.

cuatro embarazadas, se complicaron, siendo la principal complicación, contracciones uterinas, según las semanas de gestación se clasificaron como amenazas de aborto o partos prematuros las lesiones auto-inflingidas se presentaron con mayores complicaciones fetales y también en mujeres que fueron agredidas de manera intencional.

Estos hallazgos coinciden con investigaciones realizadas (Heise Lori y colaboradores 1994). Donde encontraron que existe un riesgo dos veces mayor de aborto espontáneo y cuatro veces mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer en las mujeres que sufren violencia conyugal, y según estudio de Websteer 1996, quien encontró mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos, y muerte fetal en víctimas de violencia.

Lesiones por Agresión Sexual:

En ésta población en más de la mitad de los casos, el agresor es un desconocido y en un tercio de los casos fue un familiar, padre o padrastro, pareja actual o ex vecino, esto es un poco contradictorio ya que la mitad de ellas estaban realizando labores domésticas en su casa, cuando ocurrió la agresión por lo que se puede deducir que fueron agredidas por algún desconocido, pero no fue manifestado por ellas.

No coincidiendo con los estudios consultados de Nicaragua, donde los casos de agresión sexual, son de predominio familiar (Elbersg etc. all 1996) pero si con estudios de otros países (Hospital Clinic Barcelona 2005), donde el 60% de agresiones, la ejecutan personas desconocidas.

Características de las lesiones auto-Inflingidas:

En cuanto a las lesiones auto-Inflingidas, es muy escasa la muestra encontrada solamente se encontraron tres casos en el período estudiado entre los 20- 29 años, el factor precipitante fue el embarazo no deseado y conflicto de pareja, siendo éste su primer intento, utilizando citotex intravaginal, en dos de los casos y ingiriendo benzodiacepina y piretro idee

todas con menos de veinte semanas de gestación quedando hospitalizadas. Uno de los casos se consideró severo por las complicaciones maternas fetales y fueron abortos y muerte fetal.

Investigaciones realizadas en otros países, señalan que las mujeres golpeadas son propensas a utilizar el sistema médico, acudiendo a las salas de urgencias, tomando droga bajo receta médica, padecer de alcoholismo y fármaco dependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas.

Tres de cada cuatro mujeres presentaron complicaciones maternas mientras que las fetales se produjeron en uno de cada tres embarazos.

Las complicaciones maternas y fetales, se presentaron mayormente cuando se producen golpes con fuerza y caídas, así como el uso de citotex y fármaco, estos datos concuerdan con estudios realizados en nuestro país, en donde Nicaragua se ubica entre los países que registran altos niveles de violencia intrafamiliar.

La violencia doméstica en mujeres en el año 2001 era de un 25% de tipo violencia física, sexual y emocional, en un 20% severa, agravándose la atrocidad en las zonas rurales utilizando armas blancas (asesinatos y macheteados) teniendo una cantidad específica de 36% de mujeres violentadas, el cual estas se encontraban embarazadas. (ENDESA 1988).

Por cada 100 mujeres que son atendidas por lesiones en el hospital Bertha Calderón 17% son manejadas ambulatoria 72.3% requieren hospitalización y 1 fallecen asimismo se produce 9 muertes fetales.

X. CONCLUSIONES

- Del total de consultas de emergencia atendidas en el período en estudio, las emergencias obstétricas asociadas a violencia Intrafamiliar, fueron de 42.7% con promedio de 22 embarazadas por mes.
- Las mujeres mas afectadas fueron las del grupo de 20 a 30 años, ama de casa, de bajo nivel de escolaridad y procedentes de Managua.
- La mayor frecuencia de ocurrencia de Violencia intrafamiliar ocurre los fines de semana.
- La Violencia intrafamiliar predominante fue la causada con intencionalidad y ocasionada por conocidos cónyuge, padrastro y hermanos, siendo los mecanismos de contusión en tejidos blandos de abdomen, glúteos y lesiones múltiples en todo el cuerpo.
- En las lesiones auto-inflingidas, se observaron complicaciones materno -fetales, seguidos de las lesiones, no intencionales causada por accidentes de transito y caídas.
- Las principales consecuencias obstétricas según las semanas de gestación fue amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, muerte fetal y prematuridad, quedando estos casos hospitalizados.
- Las principales consecuencias obstétricas durante la terminación de su embarazo fueron aborto y parto prematuro

XI. RECOMENDACIONES

Nivel Central

- Diseñar protocolo de atención a las embarazadas, víctimas de violencia en todos los niveles de atención.
- Capacitar al personal de emergencia de los Hospitales Materno Infantil, para la identificación de las mujeres maltratadas durante su embarazo y sus posibles complicaciones fetal.
- Normatizar y regular el uso indiscriminado de plaguicidas y citotex por la población con fines abortivos o de suicidio.
- Integrar a ficha de vigilancia de lesiones que contenga datos de Gineco-obstetricia.
- Equipar con materiales básicos, de laboratorio y emergencia de los hospitales para poder brindar atención inmediata a las mujeres, víctimas de violencia sexual y poder demostrar evidencia en los casos a nivel judicial.

SILAIS

- Integrar a las tareas de salud el seguimiento de las pacientes víctimas de violencia, a través de la referencia y contrarreferencia.
- Gestionar con el Nivel Central la dotación de Kits, para recolectar evidencia en caso de violencia sexual.

- Educación al personal de los centros de salud para la identificación de las víctimas de violencia en sus consultas prenatales.

HOSPITAL

- Integrar a un equipo multidisciplinario en la atención de las pacientes víctimas de violencia (psicólogas, trabajadora social, gineco obstétrico, Internista).
- Realizar capacitaciones semestrales, sobre el manejo de pacientes con violencia, y su prueba rápidas de VIH en caso de violación.
- Solicitar un médico, encargado de los casos de lesiones en el servicio de emergencia.
- Reproducción de fichas de vigilancia y la capacitación continua a todos los médicos de nuevo ingreso para un llenado adecuado de las fichas.
- Entrenar al personal en el manejo de trauma agudo en embarazadas para evitar las muertes fetales y la prematurez.

XII REFERENCIA

1. Centro de Prevención de la violencia. Memoria primer encuentro Nacional de prevención de la violencia intrafamiliar y social. Managua 2002.
2. Costa Rica, Centro Nacional para el Desarrollo Nacional de la Mujer y la Familia. Plan Nacional para la atención y la Prevención de la violencia intrafamiliar (PLANOVI), San José 1997.
3. Cole P. Proceso grupal, sistematización de la experiencia de los grupos de ayuda mutua. Lima OPS, 1999
4. Ellsbert Mary, Confites en el Infierno. Prevalencia y característica de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. 3ra. Edición. León 2000 pág. 17-42-43.
5. Garcia Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health, service response to violence against women Lancet 2002 pág. 340-348.
6. Ministerio de Salud, Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar agosto 2001, pág. 4-7-8, pág. 27, pág. 62.
7. Ministerio de Gobernación Manual de Indicadores de detención Policial Managua, Octubre 2004, pág. 33.
8. Ministerio de Salud Manual resumido para el taller de capacitación al personal de salud y comunidad en atención a las personas con intento de suicida Nicaragua, 2003 pág. 20.
9. Reporte Población, para acabar con la violencia contra la mujer serie L No. 11 USA Diciembre 1999.
10. Red de Mujeres, Medicina Preventiva y Salud Pública. ¿Cómo atender a las mujeres que viven situación de violencia doméstica? León 1998 Pág. 10-36.
11. Rodríguez J. Becerra P. ¿Qué tan serio es el problema de la violencia doméstica contra la mujer? Algunos datos para la discusión. VII, Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública 1997. Pág. 40-41-42.

12. Velzeboer Marijffe. La violencia contra las mujeres responde el sector de la salud Washington, D.C. OPS, 2003. (publicación ocasional No. 12.
13. Smith, MD, (1994) Enhancing the quality of survey data on violence against women: A feminist approach. Gender and Society 110-125.
14. SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). Prevalencia de la violencia intrafamiliar, detección y análisis. Documento de trabajo. Versión preliminar. Gobierno de Chile, Santiago, 2001.
15. Varas J: Derechos de las niñas: una defensa permanente. Rev Soc Chile Obstet Ginecol 2001; 1(1): 28-29.
16. Aliaga P: Violencia contra la mujer. Conferencia dictada en el Curso Precongreso: Actualizaciones para Matronas. XXIX Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, Santiago, Chile 2001.

ANEXOS

- I- OPERACIONALIZACION DE LA
VARIABLES
- II- CUESTIONARIO
- III- TABLAS
- IV- GRAFICO
- V- FICHA DE LESIONES
- VI- FOTOS DE EVIDENCIA

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición	Valores
Edad	Numero de años cumplido desde el nacimiento hasta la fecha.	10 – 14 años 15 – 19 años 20 – 30 años 31 – 39 años 40 y +
Escolaridad	Nivel de estudio hasta el momento que ingreso al hospital.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analfabeta ▪ Primaria: completa, incompleta ▪ Secundaria: Completa, incompleta ▪ Universidad completa, incompleta ▪ Técnico superior ▪ Universitario ▪ Otros
Ubicación Geográfica	Lugar de residencia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distrito ▪ Municipio
Ocupación	Tipo de trabajo que estaba ejerciendo la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ama de casa ▪ Empleada ▪ Otros
Lugar de Ocurrencia	Sitio donde ocurrió el evento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa ▪ Calle ▪ Trabajo ▪ bar. y/o ▪ Escuela ▪ Otros
Día de Ocurrencia	Día de la semana en que ocurrió el evento.	Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Valores
<ul style="list-style-type: none"> • Hora de Ocurrencia • Mes de Ocurrencia 	<p>Es la hora del día en que ocurre el evento.</p> <p>Es el mes del año en que ocurre el evento.</p>	<p>1 – 12 AM</p> <p>1 - 12 PM</p> <p>Mes</p>
Emergencia Obstétrica	Urgente necesidad de tratar todo asunto relacionado al embarazo, parto y/o puerperio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenaza de aborto ▪ Amenaza de parto prematuro ▪ Sangrado transvaginal ▪ Embarazo ectopico ▪ Preeclampsia severa
Motivo de consulta	Cualquier enfermedad que concommita con la gestión y que puede afectar directamente o indirectamente el proceso normal de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauma abdominal ▪ Disminución de mov. fetal ▪ Amenaza de parto prematuro ▪ Síndrome hipertensivo gestacional ▪ Cervico vaginitis ▪ Atropellamiento por vehiculo ▪ Maltrato conyugal ▪ Trauma por caída ▪ Politraumatismo ▪ Aborto incompleto ▪ Golpes indirecto ▪ Agresión por perro.
Semana de gestación	Tiempo en semana del embarazo al momento de su ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-9, 20-27, 28-36, 37-41, >42.
Mecanismo de ocurrencia.	El evento que ocasiona que la lesión se produzca.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agresión ▪ Caída ▪ Golpe/ Fuerza contundente ▪ Objeto corto punzante ▪ Disparo con arma de fuego ▪ Quemadura ▪ Estrangulamiento ▪ Ahogamiento

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Valores
No de agresores	Es la cantidad de persona que agrede a su víctima.	Único Dos o mas
Sexo del agresor	Es el genero del agrede a su víctima	➤ Masculino ➤ Femenino ➤ No se sabe
Actividad	Es la actividad que estaba realizando la paciente al momento de ser lesionada	▪ Trabajando ▪ Estudiando ▪ Tomando licor ▪ Jugando ▪ No se sabe ▪ Otros
Relación de la persona agresora con la victima	Es el parentesco del agresor con la victima	▪ Pareja ▪ Padres ▪ Padrastro ▪ Otros familiares ▪ Amigos ▪ Desconocido ▪ Otros ▪ No se sabe
Contexto en que se dio la agresión	Son los criterios que genera que la agresión se produzca.	▪ Riña o pelea ▪ Robo ▪ Agresión sexual ▪ Pandilla ▪ Violencia con la pareja ▪ No se sabe ▪ Otros
Agredida bajo el efecto del alcohol.	Es la persona que al momento presenta aliento de alcohol, problema con el habla y/o dificultad caminando.	▪ Si hay evidencia ▪ No hay evidencia

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Valores
Agredida bajo efecto de droga	Es la persona que se sospecha o hay evidencia basada en información de acompañante, marca físicas relacionada al uso de droga, problema del habla comportamiento errático.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si hay evidencia ▪ No hay evidencia
Sitio anatómico	Lugar del cuerpo donde fue agredida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cabeza ▪ Ojo ▪ Nariz ▪ Boca ▪ Cuello ▪ Tórax ▪ Mamas ▪ Brazo ▪ Antebrazo ▪ Manos/dedos ▪ Abdomen ▪ Pelvis / genitales ▪ Muslos ▪ Piernas ▪ Espalda ▪ Múltiples ▪ Otros
Severidad	Es la exactitud del comportamiento de un evento en el cuerpo humano.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leve:(superficiales sin laceración) ▪ Moderada: suturas menores, fractura cerradas trauma menores ▪ Severa: cirugía mayores, cuidados Intensivos
Naturaleza de la lesión	Expresión visible o cambio patológico de un tejido corporal.	Fractura. Torcedura, Desgarro, corte/herida, mordedura, trauma craneoencefálico, lesión de órganos, intoxicación, no se sabe, otros.
Destino de la paciente	Es lugar donde es referida la paciente después de ser valorada en emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratado y enviado a casa ▪ Hospitalizado referido, fuga, abandono ▪ Falleció en emergencia ▪ Llega fallecida
Terminación del embarazo	Es la suspensión del proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto normal ▪ Cesárea ▪ Aborto ▪ Parto prematuro ▪ Continua embarazada



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



Emergencia obstétrica provocada por violencia intrafamiliar en el Hospital Bertha Calderón Roque en el IV Trimestre del 2005

CUESTIONARIO

I- Datos Generales del Paciente

Nombres y Apellidos _____
No. Expediente _____ Edad _____
Escolaridad _____ Ocupación _____
Dirección _____
Lugar de Ocurrencia _____ Distrito _____
Día _____ Hora _____
Mes _____

II- Factores de Riesgo Obstétrico asociado con violencia Intrafamiliar.

1.- Emergencia Obstétrica (Causa).

Amenaza de Aborto	<input type="checkbox"/>	Amenaza de Parto Prematuro	<input type="checkbox"/>
Sangrado Transvaginal	<input type="checkbox"/>	Preeclampsia Severa	<input type="checkbox"/>
Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/>	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/>
Parto antes del término	<input type="checkbox"/>		
Embarazo ectópico	<input type="checkbox"/>		
Traumatismo abdominal contuso durante el embarazo	<input type="checkbox"/>		
Síndrome de Hellp	<input type="checkbox"/>		

2.- Motivos de consulta

Síndrome hipertensivo gestacional	<input type="checkbox"/>
Preeclampsia severa	<input type="checkbox"/>

Cervico vaginitis ☐

Hemorragia durante el 1er trimestre ☐

Anemia ☐

Neumonía ☐

Pielonefritis ☐

Asma ☐

Tromboembolia ☐

Semana de gestación:

0-9 ☐ 20-27 ☐ 28-36 ☐ 37-41 ☐ >42. ☐

III- Tipo de Violencia mas frecuente

- Mecanismo del Evento

- Agresión Sexual ☐

- Caída ☐

- Golpe ☐

- Corto punzante ☐

- Arma de fuego ☐

- Estrangulamiento ☐

- Ahogamiento ☐

Actividad que estaba realizando la víctima

- Trabajando ☐ Estudiando ☐

- Tomando Licor ☐ Otros ☐

- No sabe ☐

- Jugando ☐

Relaciones de la Persona agresora con la víctima

- Pareja ☐ Padres ☐ Amigos ☐

- Otro familiar ☐

Contexto en que se dio la agresión

Riña o Pelea ☐ Pandilla ☐

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| - Robo | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |
| - Agresión Sexual | <input type="checkbox"/> | No se sabe | <input type="checkbox"/> |
| - Violencia con la Pareja | <input type="checkbox"/> | | |

Factores Precipitantes

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| - Conflicto familiar | <input type="checkbox"/> |
| - Enfermedad Física | <input type="checkbox"/> |
| - Problemas psicológico | <input type="checkbox"/> |
| - Problemas financieros | <input type="checkbox"/> |
| - Problema justicia | <input type="checkbox"/> |
| - Muerte familiar | <input type="checkbox"/> |
| - Abuso sexual o físico | <input type="checkbox"/> |
| - Fracaso escolar | <input type="checkbox"/> |
| - Probl. pareja /novio/a | <input type="checkbox"/> |

Agredida bajo el efecto del alcohol

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| - Hay evidencia | <input type="checkbox"/> |
| - No hay evidencia | <input type="checkbox"/> |

Sitio Anatómico

Naturaleza de la Lesión

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Cabeza | <input type="checkbox"/> | Manos/dedos | <input type="checkbox"/> | Fractura | <input type="checkbox"/> |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | Abdomen | <input type="checkbox"/> | Torcedura | <input type="checkbox"/> |
| Oído | <input type="checkbox"/> | Pelvis/Genitales | <input type="checkbox"/> | Corte, Herida Abierta | <input type="checkbox"/> |
| Nariz | <input type="checkbox"/> | Muslos | <input type="checkbox"/> | Hematoma /lesión Superficial | <input type="checkbox"/> |
| Boca | <input type="checkbox"/> | Piernas | <input type="checkbox"/> | Quemadura | <input type="checkbox"/> |
| Cuello | <input type="checkbox"/> | Pies/dedos | <input type="checkbox"/> | Quemadura | |
| Tórax | <input type="checkbox"/> | Espalda | <input type="checkbox"/> | Trauma Craneoencefálico | <input type="checkbox"/> |
| Mamas | <input type="checkbox"/> | Múltiples | <input type="checkbox"/> | Lesión de órganos | <input type="checkbox"/> |
| Brazos | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> | Contusiones tejidos blandos | <input type="checkbox"/> |
| Antebrazos | <input type="checkbox"/> | No se sabe | <input type="checkbox"/> | intoxicación | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> | | | | |
| No se sabe | <input type="checkbox"/> | | | | |

Severidad

Leve o superficial ☐

Mordedura (requiere algún tratamiento ☐
Como lavado gástrico, observación, fractura cerrada)

Severa ☐

Requiere manejo médico avanzado como, cirugía mayor o me ☐

Destino del paciente

Tratado y enviado a casa ☐

Hospitalizado ☐

Referido ☐

Fuga ☐

Abandono voluntario ☐

Fallece en emergencia ☐

Llega fallecida ☐

Condición al egreso

Fallecida ☐

Vivo ☐

Dx: de Paciente_____

Tabla 1. Nivel escolaridad de las embarazadas que acuden con emergencia obstétrica en el Hospital Bertha Calderón R IV trimestre del 2005

Nivel escolaridad	Con violencia		Sin violencia		Total	
	No	%	No	%	No	%
Analfabeta	1	25.0	3	75.0	4	100
Primaria	55	59.0	38	41.0	93	100
Secundaria	9	17.0	43	83.0	52	100
Universitario			3	100	3	100
Total	65	42.7	87	57.3	152	100

Fuente: Expediente clínico HBCR IV trimestre 2005

Tabla 2. Ubicación geográfica de las embarazadas con emergencia obstétrica Hospital Bertha Calderón, IV trimestre 2005
n=152

Ubicación geográfica	Sin violencia		Con violencia		Total	
	No	%	No	%	No	%
Distrito I	1	17.0	5	83.0	6	100
Distrito II	6	33.0	12	67.0	18	100
Distrito III	28	48.0	30	52.0	58	100
Distrito IV	2	8.0	22	92.0	24	100
Distrito V	16	61.5	10	38.5	26	100
Distrito VI	8	61.5	5	38.5	13	100
Distrito VII	2	40.5	3	60.0	5	100
Masaya	1	100			1	100
Granada	1	100			1	100
Total	65	42.7	87	57.3	152	100

Fuente: Expediente clínico HBCR IV trimestre 2005

Tabla 3. Ocupación de las embarazadas atendidas por emergencia obstétrica en el Hospital Bertha Calderón IV trimestre 2005.

Ocupación	Con violencia		Sin violencia		Total	
	No	%	No	%	No	%
ama de casa	51	55.0	42	45.0	93	100
estudiante	6	30.0	14	70.0	20	100
empleada	4	25.0	12	75.0	16	100
comerciante	2	18.0	9	82.0	11	100
Domésticas	2	17.0	10	83.0	12	100
Total	65	42.7	87	57.3	152	100

Fuente: Expediente clínico HBCR IV trimestre 2005

Tabla 4. Edad de las embarazadas que acuden con emergencia obstétrica al Hospital Bertha Calderón R. IV trimestre 2005

Edad	Con violencia		Sin violencia		Total	
	No	%	No	%	No	%
< 14 años	2	29.0	5	71.0	7	100
15 - 19	10	29.0	25	71.0	35	100
20 - 30	46	63.0	27	37.0	73	100
31 - 40	7	20.0	28	80.0	35	100
41 y mas			2	100	2	100
Total	65	42.7	87	57.3	152	100

Fuente: Expediente clínico HBCR IV trimestre 2005

Tabla 5. Ocurrencia de Violencia en embarazadas según mes y días que acudieron al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

Días/mes	Octubre		Noviembre		Diciembre			
	Total							
	No	%	No	%	No	%	No	%
Lunes	4	18.2	3	14.3	4	18.2	11	16.9
Martes	2	9.0	5	23.8	2	9.1	9	13.8
Miércoles	4	18.2	1	4.8	3	13.6	8	12.5
Jueves	4	18.2	2	9.5	3	13.6	9	13.8
Viernes	1	4.5			5	22.8	6	9.2
Sábados	4	18.2	4	19.0	1	4.5	9	13.8
Domingo	3	13.6	6	28.6	4	18.2	13	20
Total	22	100	21	100	22	100	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

Tabla 6. Ocurrencia de lesión en las embarazadas según mecanismo y lugar que acudieron al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

Mecanismo	Calle		Casa		Cárcel			
	Total							
	No	%	No	%	No	%	No	%
Accidentes	8	100					8	100
Golpes/fuerza contundente	10	28.5	25	71.5			35	100
Agresión sexual			2	100			2	100
Caída	5	31.2	10	62.5	1	6.3	16	100
Intoxicación			3	100			3	100
Mordedura	1	100					1	100
Total	24	36.9	40	61.6	1	1.5	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

Tabla 7. Tipos de violencia en embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

Clasificación	n =65	
	No	%
Violencia intrafamiliar	26	40.0
Violencia sexual	2	3.0
Caída	7	11.0
Accidente automovilístico	8	12.3
Caminando	4	6.1
Intoxicación	2	3.0
Aborto inducido	1	1.5
Otras violencia (Riñas, pelea, asalto, agresión por canino)	15	23.0
Total	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

Tabla 8. Motivos de consulta según semanas de gestación de las emergencias obstétricas asociadas a violencia que acudieron al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

Motivos de consultas	n =65									
	0 – 19 s/g		20 – 27 s/g		28 – 36 s/g		37 – 41s/g		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Trauma abdominal	7	21.2	2	18.2	5	31.2	1	20	15	23.1
APP			8	72.7	11	68.8	1	20	20	31.0
Amenaza de aborto	18	54.5							18	27.7
Cervico vaginitis			1	9.1					1	1.53
Aborto inducido	1	3.1							1	1.53
Intoxicación	2	6.0							2	3.0
Trauma de tobillo	1	3.1							1	1.53
Aborto	3	9.0							3	4.61
Hipertensión	1	3.1							1	1.53
HPAB							1	20	1	1.53
Trabajo de parto							2	40	2	3.0
Total	33	100	11	100	16	100	5	100	65	100

Fuente: Expediente clínico HBCR IV trimestre 2005

Tabla 9. Consecuencia materna según intencionalidad en las embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

Consecuencia	Intencional		No intencional		Auto inflingidas		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Ninguna	8	80.0	2	20.0			10	100
APP	12	66.7	6	33.3			18	100
Amenaza de aborto	10	77.0	3	23.0			13	100
Cervico vaginitis	1	100					1	100
Aborto inducido	1	100					1	100
Intoxicación					1	100	1	100
Parto inducido					1	100	1	100
Trabajo de parto			2	100			2	100
contracciones	10	59.0	7	41.0			17	100
m. materna					1	100	1	100
Total	42	100	20	100	3	100	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

Tabla 10. Consecuencia fetal según intencionalidad en las embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005
n =65

Consecuencia	Intencional		No intencional		Auto inflingidas		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Ningunas	23	67.7	11	32.3			34	100
Muerte fetal	5	62.5			3	37.5	8	100
Prematurez	5	50.0	5	50.0			10	100
HMR	2	100					2	100
aborto	8	72.7	3	27.3			11	100
Total	43	66	19	29.0	3	5.0	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

Tabla 11. Terminación de su embarazo según intencionalidad de las embarazadas que acudieron con violencia al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

n =65

Terminación del embarazo	Intencional		No intencional		Auto inflingidas		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Parto	18	78.3	5	21.7			23	100
Cesárea	9	69.3	4	30.7			13	100
Aborto	8	72.7			3	27.3	11	100
Cont. embarazo	8	47.0	9	53.0			17	100
M. materna					1	100	01	100
Total	43	66.0	18	28.0	4	6.0	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

Tabla 12. Sitio anatómicos afectados de las embarazadas que acudieron con emergencia obstétrica asociada a violencia al Hospital Bertha Calderón IV trimestre del 2005

n =65

Clasificación	No	%
Múltiples	12	18.4
muslo	5	7.8
Pelvis genitales	5	7.8
abdomen	16	24.6
espalda	5	7.8
cabeza	7	10.7
glúteo	9	13.8
Tobillo	1	1.5
Digestivo	2	3.0
Lumbar	3	4.6
Total	65	100

Fuente: Ficha de vigilancia de lesiones HBCR IV trimestre 2005

